

Для оценки ФЭ использовались проба с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Реоплетизмографически на компьютерном реографе «Импекард» оценивали показатели эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД). Исследования проводились до и после трехнедельной терапии.

Всем пациентам проводился стандартный комплекс диагностических мероприятий. Пациенты с адаптационным синдромом получали препарат «Магвит» (магний в сочетании с витамином В₆).

Результаты и выводы. Установлено, что прирост пульсового кровотока (ПК) в ответ на реактивную гиперемию до лечения был снижен в группе пациентов с адаптационным синдромом по сравнению с практически здоровыми лицами. После терапии ЭЗВД у пациентов с адаптационным синдромом значительно улучшилось по сравнению с исходным уровнем, что проявлялось увеличением прироста ПК плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию. Данные значения коррелировали с клинической стабилизацией психоэмоционального статуса и нормализацией артериального давления.

Литература.

1. Абабков, В.А., Пере, М. Адаптация к стрессу / В.А. Абабков, М. Пере. - СПб., 2004. – 124 с.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЛЕЧЕБНЫМИ СМЕСЯМИ

Лабеко О.А., Крутикова Н.Ю.

*Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск, Россия*

Научный руководитель - д.м.н., доцент Крутикова Н.Ю.

Актуальность. Состояние костной ткани является важным показателем развития ребенка и его здоровья.

Целью исследования была оценка состояния костной прочности у детей с эндокринной патологией.

Материалы и методы. В проведенном исследовании было важно оценить влияние ожирения на состояние костной прочности детей; влияние патологии со стороны щитовидной железы на состояние костной прочности детей, а также изучить костную прочность у детей после проведения лечения препаратами кальция.

Материалы и методы. Исследование включало 57 детей в возрасте от 6,5 месяцев до 2,5 лет. Проводился анализ амбулаторных карт: консультация эндокринолога, ортопеда, б/х анализ крови, гормональное исследование, проводилось ли лечение препаратами кальция. Костную прочность оценивали методом количественной ультразвукометрии на ультразвуковом денситометре «Omnisense 7000S» («SunlightMedicalLtd», Израиль) по скорости ультразвуковой волны (м/с) и интегральному показателю Z-score,

который выражается в единицах стандартного отклонения (SD) скорости ультразвуковой волны (SOS) по отношению к средневозрастной норме детей того же пола и возраста. Исследование проводили в соответствии с требованиями инструкции, прилагаемой к прибору. Полученные данные сравнивали с референсной базой прибора.

Результаты. Установлено, что в группе детей, находящихся на естественном вскармливании Z-score определялся от -2 до 0,2 и в среднем составил -0,91, скорость звука была 2996 ± 42 м/с. Во второй группе скорость звука была достоверно выше 3081 ± 52 м/с и Z-score составил в среднем -0,25. В первой группе показатели костной плотности были выше и Z-score составил в среднем -0,2, а скорость звука 3202 ± 41 м/с. У детей на искусственном вскармливании лечебными смесями, которые получали препараты Ca, Z-score колебался от -1,2 до 1,4 в среднем 0,209, а у не принимавших Ca Z-score был от -2,1 до 0,2 в среднем -0,96. Длительность приема лечебной смеси, также влияла на показатели костной плотности у детей: 1-2 мес. – средний Z-score 0,5 (2 человека – 11,7%); 3-4 мес. – средний показатель Z-score -0,28 (5 человек -29,4%); 5-6 мес. – средний показатель Z-score -0,3 (10 человек – 58,8%).

Чем больше ребёнок получает прикормов, тем лучше его показатели Z-score: 1 прикорм показатель Z-score в среднем составляет -1,3 (17%); 2 прикорма показатель Z-score в среднем 0,09 (65%); 3 прикорма показатель Z-score в среднем -0,2 (11,7%). Дети которые наряду с лечебными смесями в качестве прикорма получают каши промышленного производства (5 человек - 45 %) имеют показатели Z-score от 0,2 до 1,4; а дети, получавшие домашние каши (6 человек - 55%) имели показатели Z-score от -1,2 до -0,3.

Выводы. Чем дольше ребёнок получал кашу промышленного производства, тем выше были показатели Z-score. В зависимости от того, какие дозы витамина Д принимали дети, 500 Ед или 1000 Ед, выявлена следующая закономерность: Вит Д 500 Ед показатель Z-score в среднем -0,45 (12 детей – 70%); Вит Д 1000 Ед показатель Z-score в среднем 0,4 (5 детей – 30%). Если дети получали препараты Ca, вит Д, каши домашнего производства, то показатели Z-score были отрицательными (-0,6; -0,8; -0,3) -17%; Если дети получали препараты Ca, вит Д, каши промышленного производства, то показатели Z-score были положительными. Если дети получали препараты Ca, вит Д в лечебной дозе, каши промышленного производства, то показатели Z-score были положительными (2; 1,4; 1,4) -17%. У детей, которые получали препараты Ca, вит Д в лечебной дозе, каши домашнего производства, показатели Z-score были отрицательными (-0,7) -0,5%.